ITEM 150 : OTITES INFECTIEUSES DE L'ENFANT

Versant pédiatrique de l'item (collège de Pédiatrie + nombreuses notions pédiatriques détaillées dans le collège d'ORL et le Pilly)
La partie « adulte » et exhaustive de l'item est traitée dans les fiches d'ORL et d'infectiologie.

OTALGIE ET DÉFINITIONS

DEFINITIONS

Otalgie		**= Douleur localisée à l'oreille.** - **Atteinte primitive** de l'oreille (comme l'OMA purulente = la + fréquente chez l'enfant). - **Douleur réflexe ou projetée** (pharyngite, angine, poussée dentaire, atteinte cervico-faciale…) ressentie au niveau de l'oreille (irritation du trijumeau, facial, glossopharyngien, pneumogastrique, sympathique cervical). - Otalgies externes : zona, bouchon de cérumen, corps étranger, tumeurs. - On parle **d'otodynie** quand on veut préciser que l'otalgie est bien liée à une affection de l'oreille (moyenne, externe).
Otite		Inflammation aiguë ou chronique de l'oreille.
	Externe	Inflammation du conduit auditif externe (pustules, furoncle, croûtes, rougeur).
	Moyenne aiguë (OMA)	Inflammation de la caisse du tympan.
	OMA congestive	- OMA par congestion tympanique (inflammation, rougeur, hypervascularisation) sans épanchement de l'oreille moyenne. - Souvent bénigne et d'origine virale, associée à une rhinopharyngite.
	OMA purulente	Infection de l'oreille moyenne avec épanchement purulent (extériorisé si perforation tympanique ou non extériorisé).
	Phlycténulaire	Présence d'une phlyctène sur la membrane tympanique.
	Séromuqueuse	- Épanchement rétrotympanique chronique SANS inflammation. - Indolore, possiblement responsable d'une surdité de transmission. - Parfois dans les suites d'une OMA, résolution spontanée ou non.
Otorrhée		Écoulement de **liquide** clair/purulent provenant du CAE (affection de l'oreille souvent infectieuse : otite externe ou otite moyenne perforée).

OTOSCOPIE

- Aspect de la **membrane tympanique** :
  - Quasi transparente, grisée = aspect normal.
  - Inflammatoire (intacte ou perforée) = aspect pathologique.
- Relief du manche du marteau (oblique en bas et en arrière), comprenant à sa pointe inférieure : le triangle lumineux (reflet de la lumière de l'otoscope) et l'oreille moyenne par transparence (saine ou pathologique).

OTITE EXTERNE

Partie peu détaillée dans le dernier Collège de Pédiatrie 2023, en dehors de la clinique

OTITE EXTERNE BACTERIENNE

= Dermo-épidermite (inflammation) du revêtement cutané du CAE.
- Très fréquente, favorisée par la macération dans le CAE, essentiellement estivale (baignade) ou sur lésion cutanée du conduit (eczéma, furoncle, traumatisme répété par coton tige…), à **tout âge.**
- Germes :
  - Bactérie : Staphylococcus aureus, Pseudomonas Aeruginosa.
  - Mycose (10%) : Aspergillus (fumigatus ou niger) = aspect filamenteux, tâches noires (rarement à Candida).
- Complications : **récidive**, **chondrite/périchondrite** du CAE (hyperalgie insomniante), **abcès périauriculaire**, **otite maligne externe.**

C	- **Otalgie** : intense, lancinante, surtout en 1re partie de nuit, sans fièvre. - Signes associés : **otorrhée purulente, hypoacousie** modérée, pas de signes généraux (**apyrexie**). - **Douleur provoquée à la palpation du tragus** ou **à la traction du pavillon** ou **à la mastication** ou **au contact du condyle mandibulaire.** - Otoscope (introduction douloureuse) : CAE œdématié, inflammatoire, douloureux, avec des sécrétions blanchâtres, tympan normal (absence d'épanchement dans l'oreille moyenne).
TTT	<u>TTT local</u> : - **Aspiration** des sécrétions (+ bactériologie si terrain immunodéprimé). - **Gouttes antibiotiques** : **ofloxacine ou ciprofloxacine** pendant 5-7 jours. - Si sténose du CAE : **méchage** par ***pop ear*** laissé en place 48 h. - Si suspicion d'origine mycotique : traitement local par antimycotique. → PAS d'antibiotique ototoxique si tympan perforé ou non vu. → PAS d'antibiothérapie générale (réservée aux formes compliquées type périchondrite et chondrite). <u>Traitement symptomatique</u> systématique. <u>Prévention</u> : Hygiène des CAE.

OTITE MOYENNE AIGUË

*L'OMA est décrit comme le **point clé de l'item** pour le collège de Pédiatrie*

= Infection de la muqueuse de l'oreille moyenne, provenant du rhinopharynx et des cavités nasales via la trompe d'Eustache.
- **OMA purulente** = surinfection bactérienne aiguë de l'oreille moyenne avec épanchement purulent ou mucopurulent dans la caisse du tympan.
- **Infection bactérienne la plus fréquente chez l'enfant et le nourrisson**, avec une incidence maximale chez le nourrisson **entre 6 et 24 mois** (3 enfants sur 4 ont fait au moins une OMA à l'âge de 2 ans) avec 2 principales bactéries chez le nourrisson : *Streptococcus pneumoniae (=pneumocoque)* et *Haemophilus influenzae non typable (≠H.influenzae B ciblée par la vaccination).*

GERMES

- **OMA congestive** : **virale** dans 90 % des cas, **bactérienne** dans 10 % des cas (peut évoluer vers une OMA purulente)
- **OMA collectée** ou **perforée : bactérienne** à :
  - ***Haemophilus influenzae*** (30-40 % entre 6 et 36 mois, 17 % de bêtalactamase), **pneumocoque** (40 %, dont 4 % de souches résistantes à la pénicilline et 42 % de sensibilité intermédiaire).
  - *Branhamella catarrhalis (ex Moraxella catarrhalis)* (plus rarement).
  - *S. aureus, S. epidermidis*, streptocoque A, Pseudomonas ou germes anaérobies (rôle mineur < 5 %).

→ Orientation :
- OMA associée à une **conjonctivite purulente** : *H. influenzae.*
- OMA hyperalgique et hyperthermique (**fièvre > 38,5 °C** et **douleurs locales importantes)** : pneumocoque.

→ **FdR de pneumocoque à sensibilité diminuée** chez l'enfant : âge < 18 mois, vie en collectivité dans un habitat urbain, antécédent récent d'OMA et administration d'aminopénicilline dans les 3 mois.

PHYSIOPATHOLOGIE

- **Maladie d'adaptation** : apprentissage immunitaire après perte de l'immunité maternelle → Infections rhinopharyngées prolongées, répétées responsables d'une **hypertrophie des végétations adénoïdes** → Pullulation microbienne et stase des sécrétions dans le rhinopharynx.
- Chez le nourrisson : trompe auditive courte, béante, horizontale, immature, ouverture-fermeture non coordonnée et moins efficace.
- Avec l'âge, la trompe s'allonge et s'oriente vers le bas et l'avant, sa fonction s'établit progressivement.

→ Toute atteinte tubaire aura des conséquences sur l'oreille moyenne (même épithélium : respiratoire dont les cils sont dirigés de l'oreille vers le rhinopharynx).

1. Rhinopharyngite virale → Trouble de la perméabilité tubaire et dépression dans l'oreille moyenne.
2. OMA congestive (car épithélium respiratoire en continuité entre le rhinopharynx et l'oreille moyenne, via la trompe d'Eustache).
3. Œdème de la trompe d'Eustache.
4. Accumulation des sécrétions dans l'oreille moyenne.
5. Multiplication des bactéries colonisant les VAS.
6. OMA purulente.

FACTEURS FAVORISANTS

- <u>FdR endogène</u> :
  - **Hérédité** : antécédents familiaux d'OMA ou OSM dans la petite enfance.
  - Trisomie 21, malformation cranio-faciale ou fente/anomalie vélaire ± palatine (même opérée) = risque d'anomalies de la trompe d'Eustache.
  - Pathologie ciliaire (dyskinésies ciliaires primitives).
  - Déficit immunitaire.
  - Reflux gastro-œsophagien.
  - Carence martiale.
  - Inflammation rhinopharyngée.
  - Précocité du 1er épisode d'OMA.
  - Otite chronique.
  - Trompe d'Eustache plus courte, plus horizontale, plus perméable que l'adulte (maturité vers 6-7 ans).
- <u>FdR exogène</u> : absence d'allaitement maternel, tabagisme passif, collectivité (crèche…), pollution atmosphérique, saison automne/hiver, précarité des conditions de vie et d'hygiène.

DIAGNOSTIC

- Dg clinique et confirmé par examen otoscopique.
- Aidé du contexte : au cours ou au décours d'une **rhinopharyngite** (rhinorrhée, toux), fébrile ou non.
- Signes locaux : **otalgie** variable, par **paroxysme** (colique de l'oreille), **otorrhée, hypoacousie.**
- Signes généraux **: fièvre (38-40°), asthénie, anorexie, nausées, vomissements, diarrhée.**

Otoscopie

- **Stade congestif** : tympan rosé/rouge vif, hypervascularisé, sans triangle lumineux, avec conservation des reliefs du marteau (pas d'épanchement rétrotympanique).

*NB : Le Collège de Pédiatrie différentie **l'hypervascularisaton** de **l'hyperhémie** transitoire que l'on retrouve en cas de fièvre ou de pleurs.*

- **Stade suppuré** :
  - **À tympan fermé** : tympan rouge violacé, bombant, avec disparition des reliefs et du triangle lumineux, ou d'aspect jaunâtre (**collection de pus rétrotympanique**).
  - **À tympan ouvert** : perforation tympanique spontanée, punctiforme, battante, postéro-inférieure, laissant sourdre un **liquide mucopurulent** plus ou moins abondant.

→ Chez l'enfant **< 2 ans** : **recours à un ORL** si tympans non ou mal vus.

Toujours vérifier le tympan controlatéral, le nez et le pharynx.

FORMES CLINIQUES	**OMA du nourrisson**		= Fréquente, bilatérale, souvent avec un retentissement important sur l'état général. - **Forme sthénique** : **otalgie** = irritabilité, insomnie, cris et pleurs intermittents spontanés ou à l'alimentation (NB : otalgie exprimée à partir de l'âge de 3 ans). - **Forme asthénique** : **fièvre, chute pondérale, hypothrepsie** (dénutrition), **gastroentérite** (jusqu'à la toxicose).
	OMA nécrosante		= **Rougeole** ou **scarlatine** : avec **destruction tympanique séquellaire** importante.
	Otite phlycténulaire		**= Bénigne,** mais **très douloureuse** : **contexte épidémique**, **otorragie** (écoulement sérosanglant). - **Otoscopie** : **phlyctènes hémorragiques** du tympan et/ou du conduit adjacent, associé de façon inconstante à un **épanchement rétrotympanique.**
	Otite baro-traumatique		= **Épanchement séreux ou sérohémorragique de la caisse du tympan** : accident pressionnel (plongée, avion...), souvent favorisé par une dysperméabilité tubaire ou une obstruction nasale. - **Otalgie** violente, **sensation d'oreille bouchée**, **otite congestive** à l'otoscopie. - TTT : guérison spontanée ou sous **anti-inflammatoire.**
IMAGERIE			- **Non indiquée si pas de suspicion de complication** (majorité des cas). - **Scanner** en 1re intention si suspicion de complications : mastoïdite, paralysie faciale, complication intracrânienne, vertiges. - **IRM cérébrale** si suspicion de complication intracrânienne (déficit neurologique focal). - **Explorations fonctionnelles auditives** si labyrinthite sur OMA (exceptionnel).
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL			<u>En présence d'une otalgie</u> : - **Otite externe diffuse ou furoncle du conduit** : douleurs lancinantes et non paroxystiques, exacerbées à la mastication, la pression du tragus, la mobilisation du pavillon de l'oreille. - **Zona auriculaire débutant** : diagnostic par l'éruption rapide de la conque et la paralysie faciale. - **Otalgie réflexe**, surtout chez l'adulte (origine pharyngée, dentaire, ATM) : y penser en cas d'otoscopie normale. <u>En cas d'otorrhée persistante ou récidivante</u> : - **Otite externe chronique**, eczémateuse ou mycosique. - **Otite moyenne chronique réchauffée** (anamnèse et caractère de la perforation tympanique).
AVIS ORL			<u>Nécessaire si</u> : - Indication à **paracentèse** *(cf. encadré plus bas).* - **Complications** locorégionales (rares). - **Otite séromuqueuse** *(détaillée plus bas)* compliquée d'un retentissement auditif ou d'un **cholestéatome.**
TTT	**Stade congestif**		= Traitement symptomatique suffisant (antibiotiques locaux inutiles) avec contrôle otoscopique à 48 h. - **Désobstruction des fosses nasales** : sérum physiologique (x5-6/jour) et mouchage. - **Instillations auriculaires à visée antalgique** et **décongestionnante.** - **Antalgiques** et **antipyrétiques** par voie générale.
	Stade suppuré	**Antibiothérapie**	- Ne diminue pas la fréquence, les récidives ou le passage à la chronicité, mais meilleur pronostique (complications graves rares). - Probabiliste en tenant compte de la diminution des souches productrices de bêtalactamases et de l'émergence du PSDP - Conditions de la prescription : • Doses correctes. • Durée minimale de 10 jours chez l'enfant < 2 ans et 5 jours chez le plus grand. • Surveillance attentive des critères de guérison.
		Indications	- **OMA chez un enfant < 2 ans.** - Enfant > 2 ans + Fièvre élevée, otalgie intense ou difficulté de compréhension des consignes. - Enfant > 2 ans + Symptômes persistants après réévaluation à 48-72 h. - OMA de l'adulte. - **OMA suppurée du nouveau-né et du nourrisson.** - Atteinte sévère de l'état général. - **Formes avec complication** extra ou intracrânienne. - OMA compliquant une maladie générale : **rougeole**, **varicelle**, **scarlatine**… - **Otorrhée sur OMA perforée persistant > 1 semaine.**
		1re intention	**Amoxicilline = molécule la plus active sur les pneumocoques et active sur 80 % des *H. influenzae* → A privilégier.** - **Enfant < 2 ans, otorrhée ou rechute** : amoxicilline 80 mg/kg/j en 2 prises par jour, pendant **10** jours. - **Enfant > 2 ans** : amoxicilline 80 mg/kg/j (2prises/j) pendant **5** jours.
		Allergie à la pénicilline	- **Céfpodoxime-proxétil** chez le petit enfant. - **Céfpodoxime-proxétil** ou **céfuroxime-axétil** chez le grand enfant/l'adulte.

<table>
<tr><td rowspan="8">TTT</td><td rowspan="7">Stade suppuré</td><td rowspan="6">Antibiothérapie</td><td>Allergie aux β-lactamines</td><td>- Enfant < 2 ans :
• Cotrimoxazole (sulfaméthoxazole 30 mg/kg/j + triméthoprime 6 mg/kg/j) pendant 10 jours.
• Erythromycine-sulfafurazole.
• Ceftriaxone IV/IM exceptionnelle (âge < 3 mois, immunodépression, intolérance digestive totale).
- Enfant > 2 ans : cotrimoxazole (sulfaméthoxazole 30 mg/kg/j + triméthoprime 6 mg/kg/j) pendant 5 jours.
- Adulte : pristinamycine ou cotrimoxazole, voire lévofloxacine.</td></tr>
<tr><td>Nouveau-né et nourrisson < 3 mois</td><td>= Germes souvent résistants : S. aureus, Pseudomonas, Streptococcus pyogenes.
- Bilan large pour toute fièvre néonatale.
- Antibiothérapie à large spectre.
- Paracentèse systématique.</td></tr>
<tr><td>Enfant avec conjonctivite</td><td>➞ Haemophilus influenzae possiblement en cause.
- Amoxicilline + acide clavulanique 80 mg/kg/j (10 jours si < 2 ans, 5 j si > 2 ans).
<u>À noter</u> : baisse de résistance à l'Amoxicilline sur les dernières années : possible traitement par Amoxicilline même si syndrome otite-conjonctivite.</td></tr>
<tr><td>Enfant < 18 mois en crèche très fébrile</td><td>➞ Craindre le pneumocoque.
- Amoxicilline.
- Si voie orale impossible : C3G injectable (ceftriaxone).</td></tr>
<tr><td>En cas d'échec</td><td>Surtout chez l'enfant < 2 ans.
- Amoxicilline + acide clavulanique (efficace sur H. influenzae producteur de bêtalactamase).
- Amoxicilline 150 mg/kg/j (efficace sur le PSDP).
- 2d échec : Avis spécialisé pour paracentèse.</td></tr>
<tr><td>Résistance</td><td>- <u>Pneumocoque</u> : 20 % de résistance au cotrimoxazole (pas de résistance à l'amoxicilline si posologie respectée, pas de résistance à la ceftriaxone et à la pristinamycine).
- <u>H. influenzae</u> : 15-20 % de résistance à l'amoxicilline, 45 % de résistance au cotrimoxazole (pas de résistance à la ceftriaxone et à la pristinamycine).
- <u>B. catarrhalis</u> : 90 % de résistance à l'amoxicilline, < 5 % de résistance au cotrimoxazole (pas de résistance à la ceftriaxone et à la pristinamycine).</td></tr>
<tr><td>Paracentèse</td><td colspan="2">= Myringotomie : incision du quadrant antéro-inférieur/postéro-inférieur du tympan, sous AL pour drainage et analyse bactériologique.
- Indications :
• OMA collectée hyperalgique (résistant à un TTT antalgique bien conduit).
• OMA collectée fébrile résistante aux antipyrétiques.
• Terrain : nourrisson < 3 mois, déficit immunitaire.
• Évolution anormale ou compliquée.
• Otite récidivante ou trainante.
• AEG.</td></tr>
<tr><td>PREVENTION</td><td colspan="3">- Vaccination contre le pneumocoque : réduction significative de l'incidence des OMA purulentes liées au pneumocoque et des otites complexes ou récidivantes.
- Vaccin capsulaire conjugué anti-Haemophilus influenzae B = aucune efficacité contre les souches non capsulées responsables des OMA.
- Pose d'aérateurs transtympaniques : prévention des récidives d'OMA lorsque l'OSM est un facteur prédisposant.</td></tr>
<tr><td>ÉVOLUTION</td><td colspan="3">➞ Favorable dans la majorité des cas, spontanément ou sous traitement, en 48-72 h.
- En cas d'évolution clinique favorable d'une OMA purulente : pas de contrôle systématique des tympans.
- Stade congestif : guérison ou passage au stade suppuré, puis ouvert avec otorrhée.
- Stade suppuré perforé :
• Otorrhée purulente, puis mucopurulente vers le 3e jour, puis muqueuse.
• Fermeture du tympan en 3 à 4 jours.
- Échec d'antibiothérapie (persistance des symptômes à 48 h après le début de l'antibiothérapie) : suspecter un pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline ou résistant à la pénicilline ➞ paracentèse.
- Rechute (réapparition des symptômes dans les 4 jours suivant la fin de l'antibiothérapie) : suspecter un pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline ou résistant à la pénicilline ➞ paracentèse.
- Récidive (≥ 3 épisodes sur 6 mois ou ≥ 4 épisodes sur 1 an) : chercher et traiter la cause au niveau rhinopharyngé (ablation des végétations adénoïdes, traitement d'un terrain local déficient) et/ou au niveau otologique (otite séromuqueuse).
En pédiatrie : OMA récidivantes dites OMA « complexes » = liées à multiplicités des infections virales + biofilm bactérien source de réinfection (H. influenzae ++) ➞ rechercher carence martiale, voire indication à bilan immunitaire.
- Passage à la chronicité = otite séromuqueuse : 10 à 20 % des cas.</td></tr>
</table>

COMPLICATIONS

NB : partie quasi non détaillée par le nouveau collège de pédiatrie, mais largement reprise en ORL et +/- MIT donc laissé dans la fiche

Rares, surtout dues au pneumocoque.

Mastoïdite

= Issue de pus à travers la corticale de l'os mastoïdien suite à une OMA collectée.
- À rechercher si :
  - Otite ne guérissant pas dans les délais habituels.
  - Récidives d'otites.
  - Nécessité de paracentèses répétées malgré l'adénoïdectomie.
  - AEG avec fièvre prolongée et douleur à la pression de la mastoïde.
- **Tableau d'OMA**, avec **AEG important**, **tuméfaction inflammatoire rétroauriculaire** (parfois décollée) responsable d'un **décollement du pavillon** et d'une **chute de la paroi postérieure du conduit auditif externe.**
- Mastoïdite extériorisée avec collection purulente rétroauriculaire = exceptionnelle.
- Otoscopie : **OMA collectée** avec bombement remontant sur la paroi postérieure du CAE (« pis de vache »).
- **TDM injectée du rocher** et **cérébrale** : opacité mastoïdienne, collection → recherche de **complication méningo-encéphalique** (10 % des cas).
- TTT en milieu spécialisé :
  - Triantibiothérapie IV.
  - Paracentèse et ponction directe de la collection (recherche de *Fusobacterium necrophorum*).
  - ± TTT chirurgical : mastoïdectomie.

Autres

- **Paralysie faciale** (fréquente, 5/1000) :
  - Partielle ou complète, favorisée par absence de coque osseuse sur le trajet du facial.
  - **Paracentèse**, **antibiotiques**, **corticoïdes** à J2 (excellent pronostic).
  - DD : zona auriculaire.
- **Méningite** (1/10 000) :
  - Par voie hématogène, voie osseuse ou voie labyrinthique.
  - Risque de fibrose labyrinthique si pneumocoque.
  - Traitement en milieu hospitalier.
  - À pneumocoque ou à streptocoque.
- **Labyrinthite** (exceptionnelle) :
  - Syndrome vestibulaire déficitaire et surdité de perception.
  - Risque d'ossification secondaire de la cochlée.
  - Signe de la fistule.
  - DD : cholestéatome sous-jacent (otorrhée traînante).
- **Perforation tympanique** : après OMA perforée, fermeture spontanée possible, mais passage possible à la chronicité.
- **Otite séromuqueuse** : 10-20 % des OMA → contrôle systématique à 4-6 semaines (peut persister).
- Exceptionnelles : thrombophlébite du sinus latéral (IRM cérébrale), abcès cérébral (IRM cérébrale), ostéite temporale.

OTITE MOYENNE CHRONIQUE

Partie peu détaillée dans le dernier Collège de Pédiatrie 2023 en dehors de la clinique sur l'OSM

= Tous processus inflammatoire de l'oreille moyenne évoluant depuis **> 3 mois.**
- Facteurs : **inflammation** et/ou **obstruction chronique des VAS** (nez, sinus, rhinopharynx), **dysfonctionnement de la trompe d'Eustache**, **dystrophie** ou **fragilité muqueuse** par perturbation immunitaire locale (allergique ou non).
- **OMC bénigne** = non cholestéatomateuse : **otite séromuqueuse** et **OMC à tympan ouvert** (possibles séquelles tympaniques et ossiculaires accessibles à la chirurgie).
- **OMC dangereuse** = cholestéatomateuse : sans guérison spontanée, possible complication engageant le pronostic vital.
- Passage possible d'une OMC bénigne à une OMC dangereuse → **Surveillance régulière de toute OMC tant qu'elle évolue.**
- **OSM** = plaque tournante de tous processus d'otite chronique (peut conduire aux autres formes cliniques).
- **Poussée de réchauffement** = ajout d'un processus infectieux à l'OMC (infection plurimicrobienne → Prélèvement pour examen bactériologique parfois utile).

OTITE SEROMUQUEUSE

= **OMC à tympan fermé** : inflammation chronique **> 3 mois** de l'oreille moyenne **à tympan fermé**, responsable d'un **épanchement rétrotympanique** ± épais, mais non purulent, sans symptôme d'infection aiguë, au sein des cavités de l'oreille moyenne ***(non inflammatoire** d'après le collège de pédiatrie).*
- Très fréquent : **50 % des enfants**, âge moyen = **5 ans**, **bilatérale** dans 85 % des cas.
- Chronicité à affirmer par des examens répétés (certains épanchements évoluent spontanément vers la résorption).

Physiopathologie

Trouble de la ventilation de l'oreille moyenne (dysfonctionnement de la muqueuse et/ou de la trompe d'Eustache ou inflammation post-infectieuse).

Facteurs favorisants

- **Division vélaire ou vélo-palatine** (même **forme sous-muqueuse**, voire **simple luette bifide**) : otite d'apparition précoce chez l'enfant, pouvant se prolonger (même après opération).
- **Tumeur du cavum** (cancer indifférencié, lymphome, rhabdomyosarcome…), de la fosse infratemporale ou de l'apex pétreux (à évoquer à tout âge) : **OSM unilatérale** → à évoquer et explorer chez l'adulte par naso-fibroscopie, scanner/IRM, voire biopsie.
- **Hypertrophie adénoïdienne.**
- Autres : **trisomie 21, déficit immunitaire, maladie ciliaire.**

<table>
<tr><td rowspan="6">OTITE SECRETOIRE</td><td>SF</td><td colspan="2">- Hypoacousie : mode de révélation habituel.
- Nourrisson/jeune enfant : retard ou stagnation d'acquisition du langage, trouble articulatoire portant sur les consonnes (phrases avec sujet/verbe/complément, mais mots mal articulés et non finis) → Retard de parole.
- Enfant scolarisé : enfant inattentif, trop calme, ne participant pas ou hyperactif, difficultés d'attention en dictée +++.
- OMA à répétition → examen du tympan en dehors de l'épisode d'OMA indispensable.
- Otalgie fugace, sensation d'oreille pleine, autophonie, plus rarement liquide changeant de place ou vertige.
- Signes associés : obstruction nasale, ronflements nocturnes, rhinorrhée, reniflements.
- Absence de signes généraux, apyrexie.</td></tr>
<tr><td>SC</td><td colspan="2">- Otoscopie : tympan mat, ambré, jaunâtre, parcouru de fines stries vasculaires, rétracté avec reliefs visibles (parfois bombant), bulles aériques rétrotympaniques ou niveau liquidien, pas d'inflammation franche, immobile (au spéculum pneumatique de Siegle ou à la manœuvre de Valsalva).
- Nasofibroscopie : en cas d'OSM unilatérale (recherche de tumeur maligne du cavum) ou chez un enfant ronfleur avec respiration bouche ouverte (recherche d'hypertrophie des végétations adénoïdes).</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="2">- Audiométrie : recommandée au moment du diagnostic d'une OSM chez les enfants avec retard de parole/langage, difficultés scolaires, troubles de l'équilibre → Surdité de transmission de 30-40 dB, avec aspect en pente ascendante des graves vers les aigus, courbe osseuse normale.
- Tympanogramme : généralement plat (courbe B), parfois décalé vers les pressions négatives (courbe C).
- Bilan orthophonique après guérison de l'OSM si doute sur retard de langage, de parole ou d'apprentissage de la lecture.
- Imagerie :
• Inutile chez l'enfant pour le diagnostic d'OSM et la prise en charge des formes non compliquées.
• Utile chez l'adulte si OSM unilatérale (en plus de la naso-fibroscopie) : TDM ou IRM pour exploration de l'étage moyen de la base du crâne et trajet du tube auditif.</td></tr>
<tr><td>Évolution</td><td colspan="2">- Le plus souvent favorable : guérison spontanée avec la fin de la maladie d'adaptation (recherche de causes associées si persistance au-delà de l'âge de 7 ans : RGO, allergie).
- Poussées de réchauffement possible, sous la forme d'OMA à répétition.
- Séquelles tympano-ossiculaires = atélectasie tympanique par atrophie de la pars tensa, lyse ossiculaire : surdité résiduelle de transmission.
- Cholestéatome par invagination épidermique du tympan atrophique.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TTT</td><td>Objectifs</td><td>- Réduire la fréquence des épisodes d'OMA chez les enfants < 3 ans.
- Normaliser l'audition si surdité de transmission invalidante (> 30 dB).
- Prévenir l'évolution vers un cholestéatome chez l'enfant.</td></tr>
<tr><td colspan="2">- Corticoïdes en cure courte.
- Désobstruction rhinopharyngée : lavage des fosses nasales au sérum physiologique (restauration de la perméabilité des VAS).
- Ablation des végétations adénoïdes chez l'enfant > 4 ans (potentialisation des ATT) si obstruction nasale chronique.
- Pose d'aérateurs transtympaniques (restauration de l'équilibre pressionnel de part et d'autre du tympan et ventilation de l'oreille moyenne).</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">OTITE MUQUEUSE A TYMPAN OUVERT</td><td colspan="3">= Perforation tympanique : maladie bénigne, disparaît généralement spontanément vers 6 à 8 ans.
- Otorrhée (due à une métaplasie mucipare des cavités de l'oreille moyenne) : généralement bilatérale, récidivante, fluctuant en quantité, muqueuse ou mucopurulente, non fétide.
- Peut se fermer spontanément ou persister.
- Sans surdité appréciable, sauf en cas de destruction ossiculaire.
- Otoscopie (après nettoyage du conduit) : perforation tympanique de taille variable, antéro-inférieure ou réniforme, voire subtotale de la pars tensa, .</td></tr>
<tr><td>Forme simple</td><td colspan="2">- Aspect non marginal de la performation (n'atteint pas les parois du conduit, ni le manche du marteau) : localisée à la pars tensa, au centre du tympan, sans atteindre le sillon tympanique.
- Non fétide.</td></tr>
<tr><td>Signes d'alerte</td><td colspan="2">- Chronique, multirécidivante, aspect marginal de la perforation, fétide (suspicion de cholestéatome).
- Dysfonction tubaire chronique, déficit immunitaire, dyskinésie ciliaire primitive.
- Surdité de transmission (atteinte ossiculaire associée).</td></tr>
<tr><td>SEQUELLES D'OTITE</td><td colspan="3">- Otite atélectasique : dysfonction tubaire chronique : rétraction et fragilisation de la membrane tympanique par pression négative de l'oreille, avec inflammation de l'oreille moyenne :
→ Poche de rétraction tympanique : rétraction atriale (pars tensa) ou atticale (pars flaccida), réversible ou non, sèche ou avec otorrhée, avec ou sans dysfonction épidermique. Surdité de transmission possible (10-40 dB).
→ Otite fibro-adhésive : comblement de la caisse du tympan par du tissu fibreux : tympan épaissi, gris, blanchâtre, globalement rétracté, surdité mixte par labyrinthisation.
→ Otite fibro-inflammatoire : comblement par du tissu inflammatoire, surdité ≈ 40 Db.
- Tympanosclérose : infiltration de la muqueuse de l'oreille moyenne par des lamelles pseudocartilagineuses ou des blocs pseudocalcaires immobilisant les osselets (processus e cicatrisation de l'inflammation) : surdité de transmission, tympan blanc/jaune, contexte d'otites répétées.
- Myringosclérose : simple infiltration calcaire de la membrane tympanique, très fréquente après pose d'ATT, sans conséquence fonctionnelle.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5">CHOLESTEATOME</td><td colspan="2">= Présence dans l'oreille moyenne d'un épithélium malpighien kératinisé, doué d'un triple potentiel de desquamation, de migration et d'érosion des structures voisines (caisse du tympan, mastoïde…)</td></tr>
<tr><td>Formes acquises par migration épithéliale</td><td>- Rétraction et invagination de la membrane tympanique = état précholestéatomateux des otites atélectasiques : cause la plus fréquente.
- Migration directe à partir des berges d'une perforation tympanique marginale.
- Implantation épithéliale d'origine traumatique (fracture du rocher) ou post-chirurgicale.</td></tr>
<tr><td>Forme congénitale (rare)</td><td>- Cadran antérosupérieur du tympan : persistance d'un reliquat épidermoïde de la vie embryonnaire (aurait dû se résorber spontanément).</td></tr>
<tr><td>SF</td><td>Insidieux, longtemps méconnu :
- Hypoacousie discrète, d'installation progressive.
- Otorrhée chronique purulente : fétide.
- Révélation tardive par une complication : paralysie faciale périphérique, labyrinthite, méningite, abcès temporal ou cérébelleux, thrombophlébite du sinus latéral.</td></tr>
<tr><td>SC</td><td>- Otoscopie :
• Perforation ou poche de rétraction marginale atticale (au niveau de la pars flaccida), laissant échapper du pus mêlé de squames.
• Croûtelles ou polypes de la pars flaccida.
• Poche de rétraction non contrôlable ou non autonettoyante de la pars tensa ou perforation marginale laissant apparaître un cholestéatome dans la caisse du tympan.
• Masse blanchâtre rétrotympanique (formes congénitales).
➝ Le diagnostic est clinique, mais nécessité d'un bilan d'extension systématique par TDM du rocher.</td></tr>
<tr><td>Évolution et PEC</td><td>Risque de complication en l'absence de traitement :
- Paralysie faciale périphérique, labyrinthite.
- Complications endocrâniennes : abcès cérébral, méningite, thrombophlébite du sinus latéral, otorrhée cérébrospinale (claire +/- sang et pus), fistule périlymphatique (érosion du canal semi-circulaire latéral : vertiges, signe de la fistule positif).
➝ TTT chirurgical.</td></tr>
<tr><td>OTITE TUBERCULEUSE</td><td colspan="2">= Rare, diagnostic souvent tardif : tuberculose primitive, ou provenant d'un autre foyer tuberculeux.
- Propagation à la caisse du tympan par voie tubaire ou lymphatique, rarement par voie hématogène.
- Diagnostic difficile :
• Évolution traînante d'une otite.
• Labyrinthisation précoce et inexpliquée : vertiges, surdité de perception.
• Otite avec paralysie faciale sans cholestéatome.
• Aspect otoscopique nécrotique, avec perforations tympaniques multiples.
• ADP préauriculaire.
- Recherche de signes en faveur d'une infection tuberculeuse : contact, migrants, conditions de vie.
- Recherche d'autres foyers.
- Recherche du bacille de Koch (culture, examen histologique après biopsie, PCR).
- Traitement antituberculeux efficace (test thérapeutique).</td></tr>
</table>